

D- I -11 人工呼吸管理中の腹臥位方法の検討 ～安全・効率的な腹臥位の実践をめざして～

村上陽子 佐藤綾香 竹橋美保 山西裕美子 濱浦寿子 平清水智実 森松靜
堀田麻美 石川朗 岡村篤

【はじめに】

人工呼吸管理下にある患者は、両側臥位や仰臥位等の安静臥床となる。この為、背側の横隔膜の動きが抑制され、下側肺に無気肺が発生しやすい。腹臥位呼吸管理が無気肺の治療・予防に有効とされている¹⁾。しかし腹臥位体位変換は、人工呼吸器やルート類の安全管理の点から、看護師の負担が大きい。しかも、集中治療棟等のオープンフロアと比較し、区分された一般病棟では動線が長く死角が多い為ハイリスクである。

更に看護師が人工呼吸器装着患者の管理は大変という先入観があり導入が難しい。そこで当病棟で腹臥位呼吸管理導入から、通常業務の一環としてほぼ安全で効率的に腹臥位を実施できる状況に至った過程と、腹臥位の症例数も併せて報告する。

【実際と結果】

平成16年3月より腹臥位呼吸管理が導入されたが当初はSpO₂の低下、血圧低下、カニューレ誤抜去や、腹臥位開始・終了時間が統一されていないため、昼食の栄養が遅れる、等のトラブルが発生した。SpO₂低下は腹臥位直後の痰貯留によるものと考えられ、気管内吸引担当看護師を作り、栄養の遅れに対しては腹臥位開始・終了時間を統一した。また医師・理学療法士・看護師の4名を腹臥位実行チームとし業務調整を行った。ベッドサイドモニター及びセントラルモニターでの血圧、SpO₂、ETCO₂監視も合わせて行っている。現在の腹臥位のタイムスケジュールを図に示す。腹臥位開始当初は月に延

べ40名前後だったが、腹臥位方法の検討を重ね手順が統一されるに従い、月に延べ130～140名行えるようになった。

【考察】

腹臥位時の呼吸管理上の注意点としては、循環動態・呼吸状態の変化、カニューレ・ルートのトラブル等が一般的にあげられる²⁾。これは手技・観察の未熟さによるものと考えられ、手技が上達し、観察点も習得できた結果、トラブルがほぼ無くなり現在では安全に行えていると考える。

腹臥位実施にあたっては、業務内容・手順の検討を何度も行った。開始時間を統一することは業務調整もしやすく、腹臥位がスムーズに行える方法を考える上でも重要なポイントであった。日々の腹臥位実行チームの決定、統一した手順の確立によって、多くの腹臥位の実施が可能になったと考える。また実施開始時間を朝の引継ぎ終了後にしたことで、人手不足という問題は解決することができた。所要時間も短い為他の業務や検査も支障なく効率的に腹臥位が行えていると考える。

参考文献

- 1) 並木昭義:ICUにおける肺理学療法の理論と実際、医学書院出版、1999
- 2) 氏家良人:下側肺傷害に対する腹臥位療法、ICUとCCU Vol.27.(3)2003,p191-199

	8:30～	9:15～	11:15～
看護助手	モーニングケア（洗顔、口腔ケア） 陰部洗浄		
看護師	気管内吸引・腹臥位担当看護師の決定（必要時鎮静剤準備） 引継ぎ	腹臥位開始 気管内吸引 セントラル・ベッドサイド モニター監視 (BP,ECG,SpO ₂ ,ETCO ₂) 全身状態の観察	腹臥位終了 体位変換
医師	看護師の引継ぎに参加 ショートレクチャー		
理学療法士	看護師の引継ぎに参加 ショートレクチャー	腹臥位開始 スクイージング	